



ReaR

ISSN 1989 4090

Revista electrónica de AnestesiaR

Julio 2017

CASO CLÍNICO

Neumotórax persistente a pesar de la colocación de varios tubos de drenaje pleural

Parreño Buedo D, Gerónico-Pardo M.
Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

Resumen

En el área de urgencias hospitalarias se atiende con frecuencia a pacientes afectos de neumotórax espontáneo. El tratamiento recomendado puede variar entre diferentes guías clínicas (1), pero existe consenso sobre la actuación a seguir en pacientes en los que existe compromiso clínico, especialmente si se trata de un neumotórax espontáneo secundario, y consiste en la colocación de un tubo de drenaje torácico (1,2). En general con esta medida se logra una mejoría clínica rápida en la gran mayoría de los casos y es muy infrecuente tener que recurrir a tratamiento quirúrgico de inicio.

A continuación presentamos un caso de neumotórax espontáneo secundario con importante enfisema subcutáneo asociado que precisó de tratamiento quirúrgico porque la situación clínica del paciente empeoraba a pesar de la colocación de varios tubos de drenaje pleurales.

Introducción

En el área de urgencias hospitalarias se atiende con frecuencia a pacientes afectos de neumotórax espontáneo. El tratamiento recomendado puede variar entre diferentes guías clínicas (1), pero existe consenso sobre la actuación a seguir en pacientes en los que existe compromiso clínico, especialmente si se trata de un neumotórax espontáneo secundario, y consiste en la colocación de un tubo de drenaje torácico (1,2). En general con esta medida se logra una mejoría clínica rápida en la gran mayoría de los casos y es muy infrecuente tener que recurrir a tratamiento quirúrgico de inicio.

A continuación presentamos un caso de neumotórax espontáneo secundario con importante enfisema subcutáneo asociado que precisó de tratamiento quirúrgico porque la situación clínica del paciente empeoraba a pesar de la

colocación de varios tubos de drenaje pleurales.

Caso Clínico

Se trataba de un paciente varón de 53 años con antecedentes de hábito tabáquico activo y enfermedad pulmonar obstructiva crónica que acudió a urgencias de su hospital comarcal por un cuadro de brusca instauración consistente en dolor torácico derecho y disnea; en la radiografía de tórax se objetivó un neumotórax completo derecho con colapso de todo el pulmón y desplazamiento contralateral de las estructuras mediastínicas (Figura 1a).

La actitud terapéutica inicial consistió en la colocación de un tubo de drenaje pleural, pero el paciente no experimentó mejoría clínica; en la radiografía de control se apreciaba que el tubo estaba escasamente introducido en el tórax (Figura 1b), de modo que se introdujo



más (Figura 1c), pero esta actuación tampoco se siguió de mejoría radiológica ni clínica. Se decidió colocar un nuevo tubo torácico, pero la situación clínico-radiológica empeoró con la aparición de enfisema subcutáneo ipsilateral (Figura 1d), por lo que se consultó con el cirujano torácico del hospital de referencia, quien aceptó el traslado del paciente.

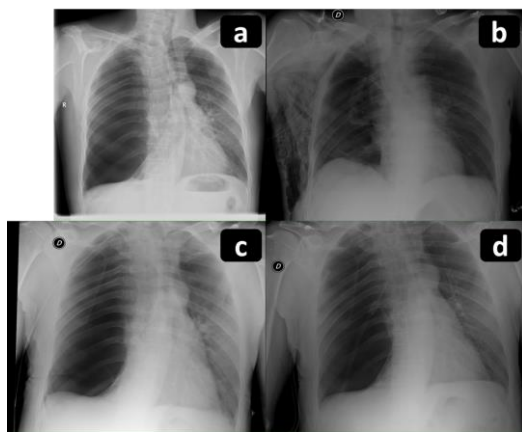


Figura 1 a-d. Evolución radiológica del neumotórax secundario espontáneo en el hospital comarcal

A su llegada al área de urgencias del citado hospital de referencia el paciente presentaba intensa sensación disneica, aunque mantenía saturaciones superiores a 95% con aporte de oxígeno en mascarilla facial. El tubo de tórax se comprobó permeable y el pulmón derecho estaba ligeramente expandido, pero destacaba la presencia de enfisema subcutáneo masivo que se extendía hasta abdomen (Figura 2e). Súbitamente la sensación disneica del paciente empeoró y la saturación disminuyó hasta 70%; el cirujano torácico localizado aún no estaba presente en el hospital, por lo que se solicitó la actuación urgente del anestesiólogo de guardia, quien decidió retirar el tubo torácico y colocar uno nuevo. En el subsiguiente control radiológico el pulmón derecho estaba ligeramente más expandido que en el control anterior, pero persistía el gran enfisema asociado (Figura 2f) y el paciente no experimentó mejoría, de modo que el cirujano

torácico, ya presente en el hospital, optó por colocar un tubo de mayor calibre con el que se logró mayor expansión pulmonar (Figura 2g) y cierta mejoría del paciente, el cual fue hospitalizado en planta de cirugía torácica.

En el control del día siguiente los hallazgos radiológicos apenas habían variado (Figura 2h), pero el enfisema seguía progresando llegando hasta las rodillas y causando un gran neumoescroto y aumento del diámetro cervical, con riesgo de producir compromiso respiratorio. En esta tesitura se realizó toracotomía urgente en la que se halló una bulla rota gigante de 15x13cm que ocupaba todo el lóbulo superior derecho, causante de la persistencia de gas extrapulmonar (neumotórax y enfisema) debido a que el débito de aire a su través presumiblemente superaba la capacidad de drenaje de los tubos colocados. Dicha bulla fue resecada y se realizó pleurodesis, y desde entonces la evolución clínica fue favorable; el tubo de drenaje se retiró al sexto día y al alta el paciente permanecía estable, eupneico en reposo y con el pulmón derecho casi completamente reexpandido.

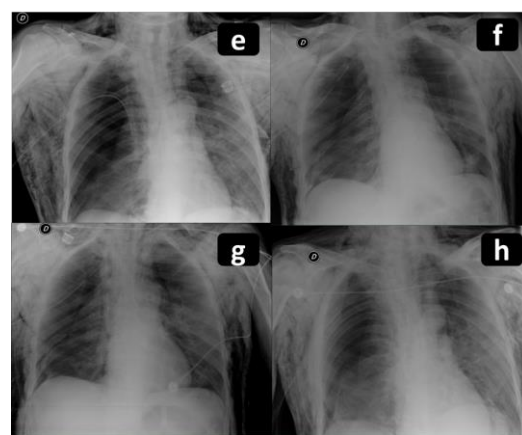


Figura 2 e-h. Evolución radiológica del neumotórax secundario espontáneo en el hospital de referencia

Discusión

Hemos presentado el caso de un paciente que sufrió un importante compromiso clínico debido a la presencia de un neumotórax persistente a pesar de la colocación de cuatro tubos de drenaje pleural por diferentes especialistas (cirujano general, anestesiólogo, cirujano torácico), complicado además por el desarrollo de un extenso enfisema subcutáneo. El primer tubo de tórax fue debidamente indicado por el hallazgo del colapso completo del pulmón derecho, y colocado en el área de urgencias (2). Habitualmente con esta medida se logra la resolución rápida de un neumotórax espontáneo (1), pero esto no sucedió y a partir de entonces cada especialista consultado (cirujano general, anestesiólogo, y cirujano torácico) retiraba el tubo precedente y colocaba otro con independencia de que el tubo precedente pareciese estar bien situado tanto por estudios radiológicos como por la propia evaluación del tubo. Abundando en lo arraigado de la idea de que ante un fracaso en la reexpansión el causante es la mal posición del tubo 3 es destacable que ninguno de los facultativos implicados planteó la posibilidad de realizar una tomografía computerizada (TC) torácica, aunque dicha actuación está recomendada ante la sospecha de colocación anómala del tubo torácico o cuando el enfisema es tan importante que no permite interpretar bien la radiografía de tórax (2), como era el caso. Quizá la realización de una TC pulmonar hubiese acelerado el diagnóstico y evitado alguna morbilidad al paciente, si bien no hay que olvidar que en casos de colapso pulmonar las bullas, por grandes que sean, pueden escapar al diagnóstico por TC (4). La clínica del paciente descrito estaba causada por la rotura de una gran bulla pulmonar, y el mecanismo fisiopatológico más probable que

impedía la mejoría clínica era que el flujo de aire al espacio interpleural superaba la capacidad de drenaje de los diversos tubos colocados. En la literatura pueden encontrarse ejemplos de otros casos de neumotórax persistente debido a este mismo mecanismo fisiopatológico aunque debidos a otras patologías de base, como por ejemplo la rotura de la vía aérea proximal debido a un traumatismo torácico (5). Sin embargo, al margen de casos anecdóticos, la causa más frecuente de neumotórax persistente es el malposicionamiento del tubo de tórax (3) y en opinión de los autores ello explica la actuación seguida con este paciente, como ya se ha comentado. La actuación quirúrgica definitiva fue tomada por el cirujano torácico, y este detalle es importante porque condiciona la rapidez o la demora con la que un paciente afecto de patologías infrecuentes obtendrá una solución definitiva. En nuestro contexto sanitario la mayoría de hospitales carecen de la presencia de un especialista en cirugía torácica por lo que, para evitar en lo posible que se repita esta cadena de actuaciones, los facultativos que atienden a pacientes con neumotórax que no responden según lo esperado a la colocación de un tubo de tórax deben tener presente la posibilidad de realizar una TC pulmonar (2).

Bibliografía

- 1- Kelly AM, Druda D. Comparison of size classification of primary spontaneous pneumothorax by three international guidelines: A case for international consensus? *Respir Med.* 2008. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmed.2008.07.026>. ([PubMed](#)) ([HTML](#)) ([PDF](#))
- 2- MacDuff A, Arnold A, Harvey J. Management of spontaneous pneumothorax: British Thoracic Society pleural disease guideline 2010. *Thorax.* 2010. <http://dx.doi.org/10.1136/thx.2010.1369>

86. ([PubMed](#)) ([HTML](#)) ([PDF](#))
3- Kesieme EB, Dongo A, Ezemba N, Irekpita E, Jebbin N, Kesieme C. Tube thoracostomy: complications and its management. *Pulm Med.* 2012. <http://dx.doi.org/10.1155/2012/256878>. ([PubMed](#)) ([HTML1](#)) ([HTML2](#)) ([PubReader](#)) ([PDF](#))
4- Laituri CA, Valusek PA, Rivard DC, Garey CL, Ostlie DJ, Snyder CL et al. The utility of computed tomography in the management of patients with spontaneous pneumothorax. *J Pediatr Surg.* 2011. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2011.01.002>. ([PubMed](#)) ([HTML](#)) ([PDF](#))
5- Goh SH, Tan SM, Chui P, Low BY. Traumatic bronchial rupture-a case report. *Ann Acad Med Singapore.* 1995;24:883-6. ([PubMed](#))

Correspondencia al autor

Delia Parreño Buedo
delia0407@hotmail.com
FEA servicio de Anestesiología, Reanimación y terapéutica del dolor.
Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

[Publicado en AnestesiaR el 30 de enero de 2017](#)